

# Ausgleichskasse Gewerbe St. Gallen

## Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/in die nachstehend aufgeführte Person als Vollmachtnehmer/in meine Interessen in Bezug auf Beiträge und Leistungen der AHV/IV sowie der mit ihr verbundenen Sozialwerke (Familienzulagen, sämtliche Bereiche der EO) gegenüber der

**Ausgleichskasse Gewerbe St.Gallen, Geltenwilenstrasse 16, 9000 St. Gallen**

zu vertreten.

Es ist mir als Vollmachtgeber/in und der als Vollmachtnehmer/in bezeichneten Person bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Höhe der Leistungen beeinflussen können. Wir werden deshalb solche Änderungen sofort und unaufgefordert melden. Wir nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Ich bevollmächtige unten genannte Person, Auskünfte jeglicher Art bei der Ausgleichskasse einzuholen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich bevollmächtige unten genannte Person, Änderungen und Rechtshandlungen vorzunehmen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich wünsche, dass sämtliche Korrespondenz der Ausgleichskasse der unten genannten Person zugestellt wird	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

## Vollmachtnehmer/in

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Telefon-Nummer	E-Mail
Adresse (Strasse, Nr.)	PLZ, Ort	
Ort und Datum	Unterschrift	

## Vollmachtgeber/in

Name	Vorname		
AHV-Nummer	Geburtsdatum	Telefon-Nummer	E-Mail
Adresse (Strasse, Nr.)	PLZ, Ort		
Ort und Datum	Unterschrift		

Ist eine eigenhändige Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.